



לקוח יקר,

בהתאם לחוק, הינך זכאי לקבל עותק מהרשומות הרפואיות שלך.  
באפשרותך לבחור את סוג המידע הנדרש (כגון: רפואת משפחה, א.א.ג, פיזיותרפיה,  
עיניים, אורטופדיה ועוד...).

לצורך הגשת הבקשה לקבלת המידע הרפואי, הנך מוזמן לפנות למרכז הרפואי הקרוב  
למקום מגוריך (נדרש להצטייד בכרטיס חבר לאומית ובתעודה מזהה).  
לתשומת לבך, מסירת המידע כרוכה בתשלום (כמפורט בטופס).  
הסכומים האמורים כפופים למחירון משרד הבריאות ויתעדכנו מעת לעת.

ככלל, בקשות תוגשנה במרכזים הרפואיים. במקרים חריגים בלבד ניתן להגיש בקשה לקבלת  
מידע רפואי למדור איסוף מידע רפואי גם באמצעות משלוח הטפסים המצורפים (כתב ויתור  
סודיות, ייפוי כוח אם נדרש וטפסים רלוונטיים נוספים) לכתובת: שפרינצק 23 ת"א מיקוד  
6473815 או ב-fax2mail: 153-3-6970378.

שים לב! **בפנייה בכתב למדור איסוף מידע רפואי, חובה לצרף כתב ויתור סודיות.** כמו כן,  
חובה לצרף **מסמכים מקוריים** לבקשה.

## טופס בקשה למידע רפואי ללקוח קופה

(יש למלא את כל פרטי הטופס ולחתום מטה)

| 1. פרטי הבקשה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מבקש להעביר לידי (לכתובת המצויינת במערכת המידע של לאומית שירותי בריאות) צילום תיקים רפואיים המצויינים מטה <b>בלבד</b>: (יש לסמן ב-X את תחומי הטיפול המבוקשים).</p> <p>ידוע לי כי קבלת התיקים הרפואיים מותנית בתשלום. השתתפות עצמית בגין חומר רפואי ממוחשב מה- 5 שנים האחרונות הינה 10 ₪. ככל שהאיסוף יורחב, עד לתאריך 01.01.2011, תהא גביה נוספת של 129 ₪. תיקים ממוחשבים משנים קודמות (לפני 01.01.2011) או תיקים ידניים, תהא תוספת גביה של 129 ₪ עבור כל תיק כפי שמתעדכן במחירון משה"ב, כשתקרת התשלום הינה 5 תיקים בשנה קלנדרית.</p> <p style="text-align: right;"><u>תיקים רפואיים:</u></p> <p> <input type="checkbox"/> כללי- משפחה, ראשוני, ילדים, פנימי    <input type="checkbox"/> א.א.ג.    <input type="checkbox"/> יילוד וגניקולוגיה    <input type="checkbox"/> אורטופדיה    <input type="checkbox"/> נירולוגיה<br/> <input type="checkbox"/> כירורגיה כללית/כף יד/חזה/פה ולסת- <b>הקף בעיגול</b>    <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה    <input type="checkbox"/> אחר: _____         </p> <p style="text-align: right;"><b>או</b></p> <p><input type="checkbox"/> תיק רפואי מלא (כל תחומי הטיפול)</p> |  |
| <p style="text-align: right;"><u>דוחות:</u></p> <p> <input type="checkbox"/> דוח אחיות    <input type="checkbox"/> דוח מעבדות    <input type="checkbox"/> דוח תרופות    <input type="checkbox"/> דוח התחייבויות    <input type="checkbox"/> דוח תוצאות הדמייה         </p> <p>בקשתי מתייחסת לתיקים רפואיים בין השנים: _____ - _____.</p> <p>*במידה ולא יצוינו השנים בגין נדרש המידע, יוזמנו תיקים מתאריך תחילת החברות ועד היום.</p> <p>נסיבות הבקשה: תאונת דרכים / תאונת עבודה / תאונה אחרת/ צורך רפואי/ תביעה</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |

| 2. אופן המשלוח                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p style="text-align: right;"><b>בחר:</b></p> <p><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני מאובטח (ללא עלות משלוח)</p> <p>כתובת הדואר האלקטרוני: _____</p> <p>מס' נייד אישי: _____</p> <p><input type="checkbox"/> דואר רשום (בתוספת תשלום משלוח)- החומר ישלח לכתובת המבוטח המעודכנת במחשבי הקופה.</p> |  |

| 3. חתימת הלקוח                                                   |                                                                  |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| תאריך                                                            | חתימה                                                            | מספר טלפון                                                       |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> |

מצ"ב טופס ויתור סודיות מקורי חתום וכן טופס בקשה מקורי, במידת הנדרש יש לצרף טופס ייפוי כוח מקורי חתום וכן מסמכים רלוונטיים נוספים מקוריים.

טלפון לבידורים 03-6949699 שעות מענה טלפוני: א, ב, ד: 12:30-14:30, ג, ה: 10:00-12:00